

**INICIACIÓN A LA
INVESTIGACIÓN EN
MEDICINA.**

**TRABAJO FIN DE
MÁSTER 2011 – 2012.**

Alejandra Vidal Gomara.

VALORACIÓN URGENTE DE PACIENTES CON POSIBLE IDEACIÓN AUTOLÍTICA ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Alejandra Vidal Gomara*.

*Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

1. INTRODUCCIÓN

a. Definición de ideación autolítica.

Se define como *intento de suicidio* aquel acto destinado a infringir un daño al propio organismo, ya sea por ingerir algún fármaco o tóxicos con fines suicidas, precipitación o cualquier otra forma al alcance de cualquier persona.

Conceptualmente se diferencia entre *suicidio* como aquel acto autoagresivo que finaliza con la vida de quien lo comete, en contraposición de *parasuicidio*, término de nuevo cuño, ya reflejado en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Edición (CIE 10), que se define como “aquel acto de intencionalidad suicida en el que un individuo deliberadamente inicia un comportamiento no habitual que, sin intervención de otros, causaría un daño propio, o que deliberadamente ingiere una sustancia en dosis superior a la prescrita o generalmente reconocida como dosis terapéutica y que está dirigido a realizar cambios que el sujeto deseaba con consecuencias físicas sin llegar a acabar con la vida de quien lo comete”

b. Epidemiología.

Ambos son hechos ampliamente reflejados en la prensa, la literatura clásica y cinematografía, lo que no deja de ser un fiel reflejo de la condición humana. Constituye también un hecho social y cultural, como demuestra que las tasas anuales de suicidios sean mucho más bajas en los países musulmanes y en América del Sur, en contraste con las tasas mucho más elevadas que se recogen

en países más cercanos a nuestra “cultura occidental” , como Australia, América del Norte y Europa.

Las tasas dentro de la misma Europa difieren entre norte y sur, siendo menores en los países del ámbito mediterráneo.

Tampoco debemos olvidar la influencia del clima sobre el intento autolítico o suicidio, es un factor considerado y estudiado en múltiples artículos, la mayoría de los estudios reportan un pico en la tasa de suicidios en la primavera tardía para ambos sexos.

Otros factores importantes a tener en cuenta son la edad y el sexo. En nuestra bibliografía también se recogen numerosos estudios que analizan estos factores.

En la mayoría de los países europeos el suicidio representa la segunda causa de muerte entre los adolescentes de edades comprendidas entre 15 y 19 años. Existen diferentes tipos de conducta suicida, como son las de individuos con ideas suicidas sin ningún proyecto, los proyectos de suicidio no llevados a cabo y las tentativas de suicidio.

Diferentes estudios demuestran la prevalencia más elevadas de ideas suicidas y de tentativas de suicidio entre los adolescentes de sexo femenino. También está documentada la relación existente entre las conductas suicidas y las enfermedades psiquiátricas, y entre las conductas suicidas y otros problemas de salud, así como la relación con comportamientos de riesgo como el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas y la delincuencia. Es evidente la existencia de factores familiares que predisponen a la conducta suicida, tales como la violencia intrafamiliar, las enfermedades psiquiátricas y el abuso de alcohol en los padres.

La suma de varios de estos factores es lo que predispone a la tentativa de suicidio. Entre los jóvenes que han cometido una tentativa de suicidio, un tercio vuelve a intentarlo y la mitad no será capaz de establecer relaciones afectivas estables.

El suicidio en España y países industrializados representa el 1-2 % de la mortalidad total, situándose entre las diez primeras causas de muerte. Los suicidios consumados se incrementan con la edad en ambos sexos aunque más en el masculino. La depresión es el principal diagnóstico en los sujetos que consuman el suicidio. La incidencia de intentos de suicidio es difícil de determinar, una de las fuentes de datos más utilizada son los servicios de urgencias de los hospitales, pero puede haber más un 75 % que no llegan a ponerse en conocimiento de los médicos. Los hombres utilizan métodos de mayor letalidad que las mujeres, y en ellos, el suicidio consumado es 2 o 3 veces más frecuente, pero entre los datos de intentos de suicidio aparece el sexo femenino como predominante.

c. La ideación autolítica en Urgencias

En los últimos años el número de intoxicaciones medicamentosas atendidas en los Servicios de Urgencias de los hospitales españoles presentan una tendencia al alza, y se ha constituido como un problema no sólo médico sino también social. Según la bibliografía consultada, la proporción de los diagnósticos previos en los pacientes atendidos en urgencias por intoxicaciones medicamentosas voluntarias no ha sufrido grandes variaciones, aunque es interesante señalar el descenso en el porcentaje de patología psicótica atendida por conductas autolíticas y el aumento en el Trastorno Límite de Personalidad.

La ingestión de fármacos es el método más frecuente de tentativas autolíticas , y abarca alrededor de las tres-cuartas partes de los casos.

Lo intentos de suicidio además de suponer un problema de 1ª magnitud en salud pública , representan una urgencia psiquiátrica frecuente e incluso una urgencia vital que requiere una intervención rápida y eficaz en el servicio de Urgencias, según la letalidad del tipo de fármaco empleado y la dosis.

Kessel consideró en 1965 a la autoagresión medicamentosa como una moda de la 2ª mitad del siglo XX, la cual se ha visto favorecida por el enorme crecimiento y disponibilidad de los productos farmacéuticos.

Cuando la autoagresión medicamentosa empezó a tomar auge, los barbitúricos constituyeron el principal grupo farmacológico utilizado, seguido en

las décadas de los setenta y los ochenta por los más inocuas benzodiacepinas. En los últimos años algunos autores han observado un desvío hacia la utilización de fármacos más peligrosos, como los antidepresivos tricíclicos y el paracetamol.

La mayor parte de los estudios realizados sobre intoxicaciones están basados en una subcategoría específica, especialmente, la gran mayoría, analizan las intoxicaciones medicamentosas; existen pocos estudios relevantes sobre otros métodos autolíticos.

2. OBJETIVOS

El objetivo primario de este estudio es conocer las características de los intentos autolíticos atendidos en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.

Como objetivos secundarios se pretende valorar la relación de los agentes implicados, como, edad, sexo, antecedentes psiquiátricos, destino del paciente, intencionalidad del acto y método o métodos utilizados.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Han sido revisadas la totalidad de las historias clínicas cuyo diagnóstico fuese cualquier patología psiquiátrica o síntomas de la esfera psicoafectiva, de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa ” durante un periodo de 12 meses, comprendido desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2011. El total de historias revisadas fue de 3527, de las cuales se extrajo una muestra de 226 pacientes.

El Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa ” de Zaragoza pertenece a la red hospitalaria pública presentando un área de influencia con una población de 306.200 personas que incluye un área urbana (223.900 habitantes aproximadamente) y una zona rural (82.300 habitantes aproximadamente).

Se han incluido en el estudio todas las historias de las personas que acudieron durante el período citado al Servicio de Urgencias con diagnóstico de intento autolítico , ya sea por, intoxicación medicamentosa, enólica, productos tóxicos, defenestración, ahorcamiento, autoagresiones o mixtas; excluyéndose las intoxicaciones étlicas y/o de drogas realizadas con fines lúdicos sin intencionalidad autolítica, así como las intoxicaciones accidentales y los errores terapéuticos.

Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo, recogiendo como variables cuantitativas:

Variables cuantitativas

- Edad en años.
- Fecha y hora de admisión.
- Nivel de prioridad asignado en el triaje. El triaje de urgencias es un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en base a su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico. El SET (Sistema Español de Triage), basado en 5 niveles de priorización, está dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje (web_e-PAT) tanto para adultos, como para niños.
 - Nivel I: Se adjudica a los pacientes que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato. Tiempo de atención de enfermería inmediato y Tiempo de atención del facultativo inmediato.
 - Nivel II: Pacientes en situación de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo, son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso. Tiempo de atención de enfermería inmediato y Tiempo de atención del facultativo en 15 minutos.

- Nivel III: Lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales). Tiempo de atención de enfermería en 30 minutos y Tiempo de atención del facultativo en 30 minutos.
- Nivel IV: Son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de una complejidad- urgencia significativa. Suelen necesitar una exploración diagnóstica y/o terapéutica. Tiempo de atención de enfermería en 60 minutos y Tiempo de atención del facultativo en 60 minutos.
- Nivel V: Son situaciones no urgentes que generalmente no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica. Tiempo de atención de enfermería en 120 minutos y Tiempo de atención del facultativo en 120 minutos.
- Dosis de tóxicos en sangre mediante estudio toxicológico.

Variables cualitativas:

- Sexo.
- Área de Atención. La organización estructural de dicha Unidad de Urgencias distingue:
 - Consulta Ambulatoria
 - Atención Médica
 - Oftalmología
 - Cirugía
 - Traumatología
 - Psiquiatría
 - Sala de Observación

- Motivo clínico de consulta. Son un conjunto de síntomas o síndromes que el profesional interpreta y reconoce a partir del motivo de consulta referido por el paciente y que permiten clasificarlo dentro de una misma categoría clínica. El SET reconoce 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que agrupan 578 motivos clínicos de consulta, todos vinculados a las diferentes categorías y subcategorías sintomáticas.

1. Categoría sintomática de inflamación-fiebre
2. Categoría sintomática de inmunodepresión
3. Categoría sintomática de diabético
4. Categoría sintomática de adulto con malestar general
5. Categoría sintomática de alteración psiquiátrica
6. Categoría sintomática de alteración de la conciencia-estado mental
7. Categoría sintomática de focalidad neurológica
8. Categoría sintomática de síntomas auditivos
9. Categoría sintomática de cefalea y/o cervicalgia
10. Categoría sintomática de convulsiones
11. Categoría sintomática de inestabilidad
12. Categoría sintomática de lipotimia-síncope
13. Categoría sintomática de síntomas oculares
14. Categoría sintomática de dolor torácico
15. Categoría sintomática de disnea
16. Categoría sintomática de hipertensión arterial
17. Categorías sintomáticas de parada respiratoria o cardiorrespiratoria y choque
18. Categoría sintomática de problemas de extremidades
19. Categoría sintomática de infección-alteración rinolaringológica
20. Categoría sintomática de problemas abdominales y digestivos, incluida la hemorragia digestiva
21. Categoría sintomática de síntomas urológicos
22. Categoría sintomática de síntomas ginecológicos y obstétricos

23. Categoría sintomática de alergia-reacciones cutáneas
24. Categoría sintomática de dolor
25. Categoría sintomática de hemorragia
26. Categoría sintomática de lesiones y traumatismos
27. Categoría sintomática de intoxicación
28. Categoría sintomática de quemado-escaldado
29. Categoría sintomática de agresión-negligencia
30. Categoría sintomática de abuso sexual
31. Categorías sintomáticas específicas

- a. Cambio de yesos y vendajes
- b. Cura de heridas
- c. Dentista
- d. Ingresos programados
- e. Maternidad
- f. Preoperatorio
- g. Revisitas
- h. Consulta joven
- i. Visitas administrativas
- j. Visitas concertadas
- k. Realización de procedimientos en urgencias
- l. Paciente de difícil catalogación

32. Categorías sintomáticas pediátricas

- A. Niño mayor enfermo (> 2 años)
- B. Neonato y niño pequeño con mal estar general (≤ 2 años)

- Tipo de fármaco.
- Antecedentes psiquiátricos.
- Intencionalidad del acto.
- Diagnóstico al alta. Codificado según la CIE-9

- Destino del paciente
 - Alta a domicilio
 - Ingreso hospitalario.

Así se ha configurado un protocolo de 10 variables. Para considerar válido el protocolo deben de estar cumplimentados el 80 % de los datos.

Los datos se extraen del aplicativo PCH (Puesto Clínico Hospitalario) de la Unidad de Urgencias del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa y se analizan mediante el programa estadístico SPSS.

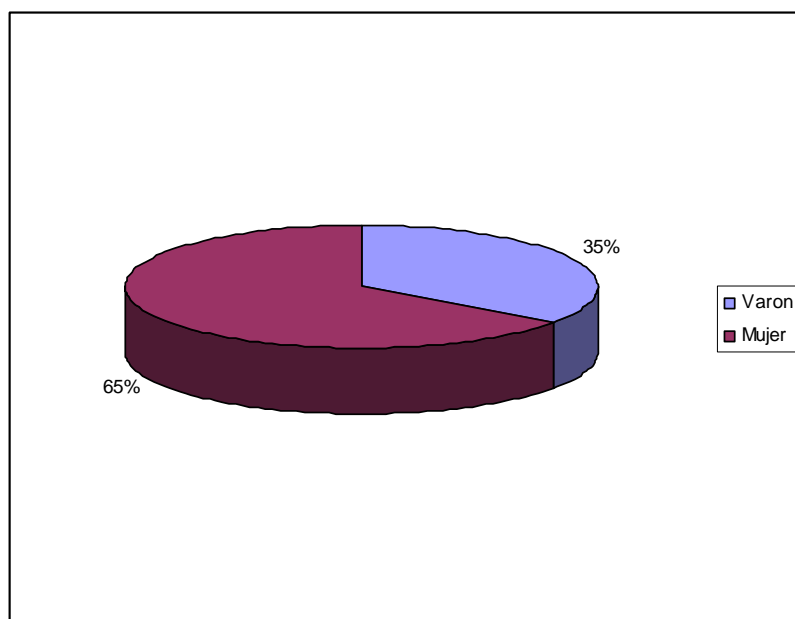
Desde el punto de vista estadístico descriptivo se han considerado números absolutos, porcentajes y distribución de frecuencias; y desde el estadístico analítico la *t de Student* y la *ANOVA* para comparar variables cuantitativas, y el *Chi-Cuadrado* para comparar variables cualitativas, considerando la significación con una $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

Durante el período de tiempo estudiado, 3527 pacientes acudieron a Nuestro Servicio de Urgencias por patología psiquiátrica o psicoafectiva, de los cuales 226 consultaron por intento autolítico. Esto supone una incidencia de 6,4% del total de las historias clínicas revisadas.

a. Sexo.

El sexo predominante fue el femenino con un 65% frente al 35% de varones.

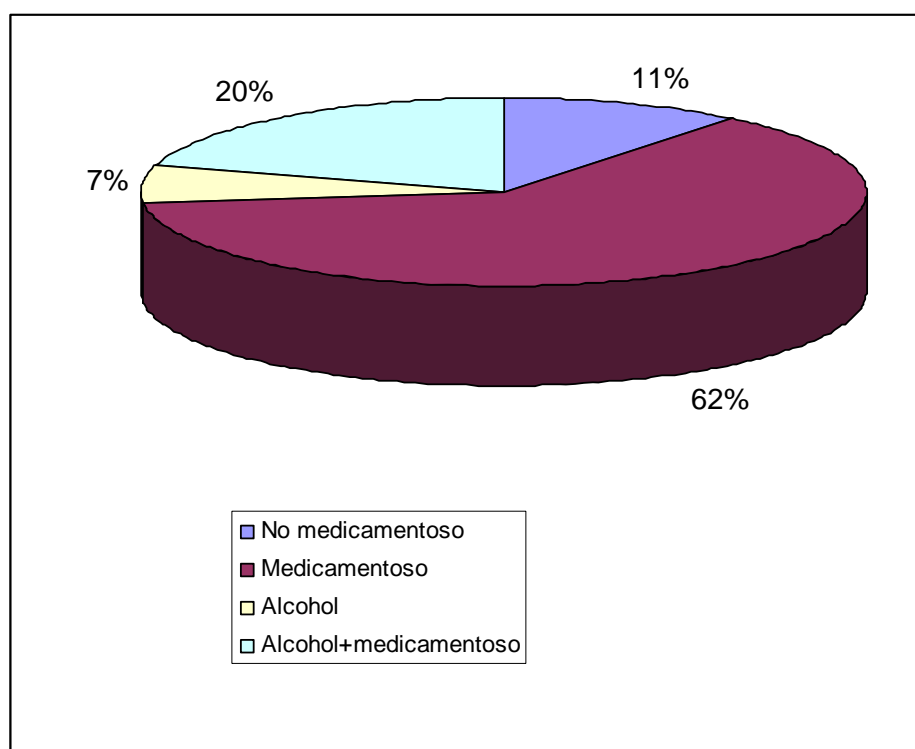


b. Edad.

La mediana de edad fue 39 años.

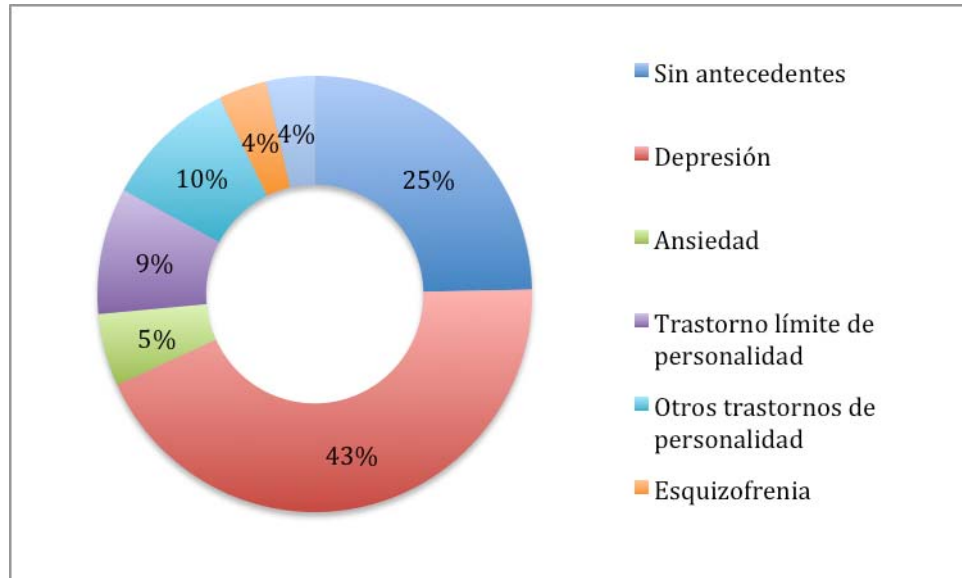
c. Método utilizado.

Los métodos utilizados para el intento autolítico fueron con más frecuencia medicamentosos (mayoritariamente benzodiacepinas) frente a los no medicamentosos (defenestración, cortes...).



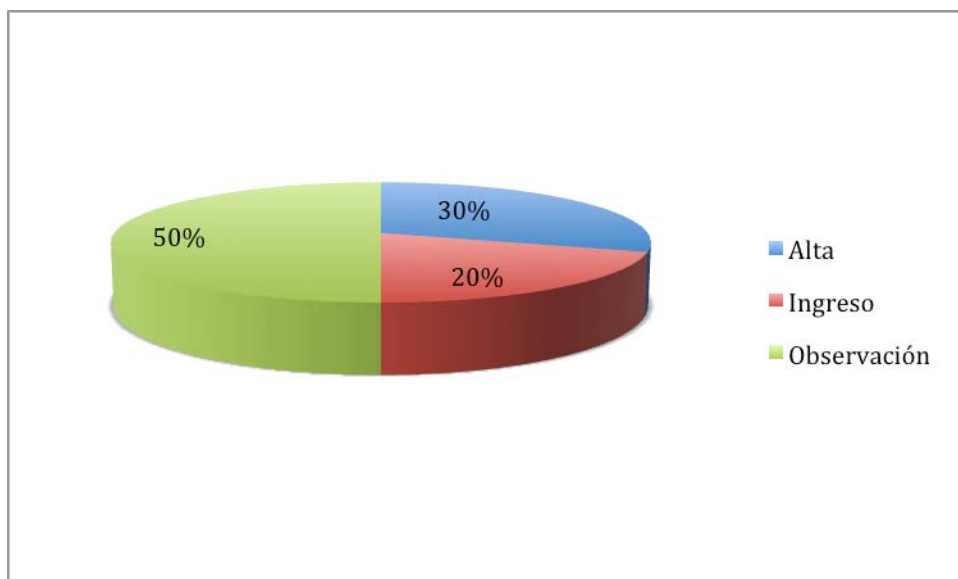
d. Antecedentes psiquiátricos.

El porcentaje de pacientes que presentaba antecedentes psiquiátricos llegaba hasta el 75,3%



e. Destino del paciente

Tras la primera visita médica el 30 % de los pacientes fueron dados de alta a domicilio, el 20,3 % precisó ingreso hospitalario y el 49,7% requirió unas horas de observación.



5. DISCUSIÓN

Los intentos autolíticos han supuesto un 6,4 % de las urgencias psiquiátricas atendidas en nuestro servicio y una incidencia de 0,19 % del total de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el período de tiempo estudiado. Estas cifras son superiores a los estudios revisados que se realizaron anteriormente; lo que confirma el aumento de intentos autolíticos en España en la última década.

Por otro lado , el análisis epidemiológico de los mismos pone de manifiesto que el método más utilizado para la realización del acto es la intoxicación medicamentosa voluntaria con un valor del 62,3 %, seguida de la intoxicación medicamentosa más bebidas alcohólicas con un valor del 20,2%. Siendo ya destacada esta tendencia de intoxicaciones medicamentosas voluntarias en los estudios previos.

Las benzodiacepinas son las drogas más utilizadas tanto en nuestro estudio como en otros estudios españoles, en cambio, en otros estudios realizados en hospitales de EEUU se observa una tendencia al alza de la utilización de otras drogas más agresivas como son los antidepresivos tricíclicos y el paracetamol (además de su mayor letalidad en dosis altas, es un fármaco analgésico de mayor accesibilidad).

El análisis señala algunos factores de riesgo para realizar la tentativa autolítica, como son : el sexo femenino (cifras similares a otros estudios previos), paciente joven , siendo la mediana de edad de este estudio 38 años, levemente inferior a estudios recientes y presentando mayores diferencias con estudios no tan recientes; por lo que se puede objetivar que el intento autolítico es más prevalente en pacientes de edad media y cada vez más jóvenes. Otro factor de riesgo identificado fue la presencia de antecedentes psiquiátricos , el 75,3 % de los pacientes los presentaban. Este factor de riesgo ha sido identificado en numerosos estudios previos, lo que describimos en nuestro estudio es el aumento de la incidencia de intentos autolíticos en pacientes con antecedente de Trastorno Límite de la Personalidad y la disminución en pacientes psicóticos. Siendo el antecedente depresivo el más prevalente, con cifras de 43,5 %.

Otro punto a destacar es el destino del paciente tras la primera visita en boxes de urgencias, con lo que valoramos la gravedad del IA y la verdadera intencionalidad del acto suicida. El 79,7 % de los pacientes fueron dados de alta desde el área de urgencias sin precisar ingreso hospitalario. De los cuales el 30 % fueron dados de alta tras la primera visita médica y el 49,7 % preciso de unas horas de observación. De aquí interpretamos la baja intencionalidad de culminar el acto autolítico.

6. CONCLUSIONES

Se confirma que existen factores predictores para sufrir un intento autolítico como son la edad cada vez más jóvenes, el sexo femenino y la presencia de antecedentes psiquiátricos previos; de los cuales el más prevalente es el antecedente depresivo. En las patologías psicóticas disminuye su incidencia y hay un crecimiento importante de los mismos en pacientes con Trastorno de Personalidad.

Se identifica la intoxicación medicamentosa como el método más utilizado.

Por otro lado, aunque se confirma que el riesgo vital de los intentos autolíticos no es muy alto, el hecho de que aparezcan con mayor frecuencia en la población más joven, su asociación a la patología psiquiátrica y cambio del tipo de fármacos utilizados en la intoxicación medicamentosa voluntaria hacía fármacos más accesibles como los analgésicos, hace presagiar un probable aumento de la frecuencia de los intentos autolíticos en los próximos años, si no se toman las medidas preventivas adecuadas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ávila M.J, Fontela E, González S, et al. Estudio observacional sobre la conducta suicida en pacientes atendidos en servicios de urgencias. Revista Psiquiatría y Salud Mental 2009 Oct
2. Dorado S, Martín J, Sabugal G, Caballero PJ. Epidemiología de la intoxicación aguda: estudio de 613 casos en 1994 en el área sur de Madrid. Rev Clin Esp 1996;196:150-6.
3. Pinillos MA, Etxebarria MJ, Lanz MA, Moros MA, Oliván SA, Franca C. Intoxicaciones agudas en urgencias hospitalarias. Comunicación al VII Congreso Nacional de la SEMES. Oviedo1995.

4. Zubeldía E, Soto A, Franjo A. Intoxicaciones medicamentosas como intento autolítico atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital de Galdakao durante 1994. Comunicación al VII Congreso Nacional de la SEMES. Oviedo 1995.
5. Taylor SJ, Kingdom D, Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 457-463.
6. Mauri MC, Cerveri G, Volonteri LC, Fiorentini A, Colasanti A, Manfré S, et al. Parasuicide and drug self-poisoning: analysis of the epidemiological and clinical variables of the patients admitted to the Poisoning Treatment Centre (CAV), Niguarda General Hospital, Milan. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;28(1):5.
7. Carlsten A, Waern M, Holmgren P, Allebeck P. The role of benzodiazepines in elderly suicides. *Scand J Public Health*. 2003;31(3):224-8.
8. Wood DM, Monaghan J, Streete P, Jones AL and Dargan PI. Fatality after deliberate ingestion of sustained-release ibuprofen: a case report. *Crit Care*. 2006;10(2):R44.
9. Medina L, Fuentes ME, Suárez JP, Arranz MI, Ochoa E. Epidemiología de las intoxicaciones medicamentosas durante un año en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. *Rev Clin Esp*. 2008;208:432-6. vol.208 num 09.
10. Dorado MS, Álvarez R, Caballero PJ, Medina J, Casanova C, Granado JA. Epidemiología de la intoxicación aguda: estudio de 815 casos en 1990 en el área sur de Madrid. *Rev Clin Esp* 1992;191:131-6.
11. García-Marcía R., Sarró B., Giró M, Otín J. Estudio descriptivo-estadístico de las tentativas de suicidio atendidas en un Servicio de Urgencias de un Hospital General. *Rev. Psiquiatr. Psicol. Med.* (Barcelona-España) 1984; 16 (8): 530-538.
12. Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto, A. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española: resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, Vol. 129, nº 13: 494-500.
13. Instituto Nacional de Estadística (2007). Encuesta de Suicidio en España.
14. Mateos, A.A, Huerta, A, Benito, M.A. (2007) Características epidemiológicas del intento autolítico por fármacos. *Emergencias*, 19: 251-254.
15. Venceslá J, Moriana JA. (2002) Conducta autolítica y parasuicida. Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiqu.* N. 84 Madrid oct.- dic. 2002.

16. Carvajal A, Bachiller A, Rollo R, García L. Intoxicaciones agudas en Valladolid. Estudio epidemiológico de los casos atendidos en el Hospital Clínico desde 1978-1984. *Med Clin (Barc)* 1987;88:135-9.
17. Pastó L, Pujol R, Capell S. Análisis descriptivo de las intoxicaciones en un hospital de referencia. *Rev Toxicol* 1995;12:10-4.
18. Pascual A, Fuentes F, Castellanos M, Ferrer A, López A. Estudio epidemiológico de las intoxicaciones agudas en la población de Zaragoza. *An Med Interna (Madrid)* 1992;9:381-5.
19. Pinillos MA, Etxebarria MJ, Lanz MA, Moros MA, Oliván SA, Franca C. Intoxicaciones agudas en urgencias hospitalarias. Comunicación al VII Congreso Nacional de la SEMES. Oviedo 1995.
20. Rodríguez JA, Hinojal R. Intoxicaciones agudas: estudio epidemiológico retrospectivo en un área sanitaria asturiana 1985-1989. *Rev Toxicol* 1994;11: 99-104.
21. Auget T, Reth P, Hernández E, et al. Importancia de las intoxicaciones agudas en un servicio de Urgencias. VII Congreso Nacional de la SEMES. Oviedo 1995.
22. Nogué S, Marruecos L, Nolla J, Monteís J, Ferrer A, Cíviera E. The profile evaluation of acute severe poisoning in Spain. *Toxicol Lett* 1992;64-65:725-7.
23. Carpintero M^a, Ochoa F. J, Ruíz J.I, Bragado L, Palacios G, Ramelle-Gómara E. Prevalencia de las intoxicaciones agudas en Urgencias de La Rioja. *Emergencias* 2000;12:92-97